

2009 年甲流疫苗鼻内接种学校同意书

第 1 部分：关于待接种疫苗儿童的信息（请清楚打印）

学生姓名 (姓)		(名)	(中间名)	学生出生日期 _____年_____月_____日	
父母/法定监护人姓名 (姓)		(名)	(中间名)	学生年龄	学生性别 男/女
学生地址				学生种族 (勾选所有适用项)	
城市		国家		美洲印第安人 / 阿拉斯加原住民 亚洲人	
州		学校名称		黑人 / 非裔美国人	
邮编		年级		夏威夷原住民 / 太平洋岛民 白人	
				未知	
				其他 (具体说明) _____	
父母/监护人白天联系电话:				学生种族性 西班牙裔或拉丁裔: 是 否	

第 2 部分：接种疫苗合格性筛选

若您的孩子已接种过 **2009 甲流疫苗** (非季节性流感疫苗), 请告知我们其注射的疫苗剂量和接种疫苗日期。

疫苗剂 1 接种日期: _____年_____月_____日 接种形式 (请画圈) 鼻喷雾剂 注射

疫苗剂 2 接种日期: _____年_____月_____日 接种形式 (请画圈) 鼻喷雾剂 注射

下列问题有助于我们了解您的孩子是否可接种 **2009 甲流疫苗**。请对每个问题标出是或否。

	是	否
1. 您的孩子对蛋类过敏吗?		
2. 您的孩子有任何过敏症吗? 若有, 请列出:		
3. 您的孩子曾对以前的流感疫苗剂有反应吗?		
4. 您的孩子在接种流感疫苗后 6 周内曾得过格林-巴利综合症 (一种临时严重肌肉无力症状) 吗?		
5. 您的孩子具有下列疾病之一吗: 哮喘、糖尿病 (或其它类型的代谢病)、或肺病、心脏病、肾病、肝脏疾病、神经疾病 (神经性或神经肌肉疾病) 或血液疾病?		
6. 您的孩子长期接受阿司匹林或含阿司匹林的药方治疗 (例如, 您的孩子是否每天服用阿司匹林) 吗?		
7. 您的孩子免疫系统较弱吗 (例如, 因艾滋病病毒、癌症、或用于治疗癌症的药物如类固醇或类似药物而导致较弱的免疫系统)?		
8. 您的孩子怀孕了吗?		
9. 您的孩子最近与需要护理处于保护状态下的人士 (如刚刚进行过骨髓移植的人士) 有过密切接触吗?		

若您对上面所有问题的回答为“否”, 则您的孩子有可能可接种 **2009 甲流疫苗**。若您对这些问题的回答有一个或多个为“是”, 则您应联系您孩子的健康护理人或您当地的卫生部门讨论您的疫苗接种选择。

如果您对所有上述问题的回答为“否”, 那么请回答下列问题。

	是	否
1. 在过去 30 日内您的孩子接受过任何其它疫苗 (不仅仅是流感疫苗) 接种吗? 疫苗: _____ 接种日期: _____年_____月_____日		

若您对于 **2009 甲流疫苗** 有任何问题, 请致电您孩子的健康护理人或您当地卫生部门。也可从 www.dhmm.state.md.us/swineflu/ 或 www.flu.gov 获得马里兰州健康和心理卫生部关于此方面的信息。

您提供的所有信息将保持为机密。若您想得到一份隐私策略通知, 可从 www.hhs.gov/ocr/hipaa 获得。

第 3 部分：同意书

<p>对于孩子接种疫苗的同意书: 通过签署本表格, 我同意我的孩子接种疫苗, 且我同意:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 上述信息正确。 • 我已阅读“2009 甲流疫苗信息声明”, 或他人已读给我听过。 • 我理解接种甲流疫苗的风险和益处。 • 对于该疫苗我不清楚的任何问题已得到回答澄清。 • 我已得到一份隐私策略通知副本。 <p>父母 / 法定监护人签名 _____ 日期: _____年_____月_____日</p>
--

Section 4: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator Location of Vaccination Clinic	Provider Number
2009 H1N1 Intranasal	/ /		MedImmune			